DEUX OBSERVATIONS

D'APPENDICITE

PAR

le Docteur Henri FISCHER

PARIS
L. BOYER, ÉDITEUR
15, Rue Racine

1901

DU MÊME AUTEUR - A LA MÊME LIBRAIRIE

Nouvelle opération du pouce bifide, brochure in-8, 1896.

Cancers de l'utérus, brochure in-8, 1896.

Libération latérale et inférieure du méat urinaire dans le traitement de l'incontinence essentielle d'urine chez la femme (opération nouvelle), brochure in-8, 1897.

La dysménorrhée, brochure in-8, 1898.

Néphropexie sans sutures par enclavement cicatriciel du rein (opération nouvelle), in-8, 1899.

Le froid est-il dans les maladies aiguës une cause pathogène aussi importante que les anciens médecins le croyaient ou aussi nulle que certains modernes le pensent, brochure in-8, 120 pages, 1899.

Vade-mecum de thérapeutique chirurgicale des médecins-praticiens, vol. in-8 de 328 pages, 1900.

Splénopexie sans sutures par enclavement cicatriciel extra-péritonéal de la rate, (opération nouvelle), brochure in-8, 1900.

SOUS PRESSE

Vade-mecum d'obstétrique et de gynécologie des médecins-praticiens, vol. in-8 de 328 pages.

DEUX OBSERVATIONS

D'APPENDICITE

PAR

le Docteur Henri FISCHER

PARIS
L. BOYER, ÉDITEUR
15, Rue Racine

1901

Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b22362162

DEUX OBSERVATIONS D'APPENDICITE

De la discussion jaillit la lumière, comme on dit vulgairement, mais cet aphorisme ne paraît pas s'appliquer à la question des appendicites; car, loin de s'éclairer de jour en jour davantage grâce aux nombreux et excellents travaux parus sur ce sujet, elle semble, quant à la thérapeutique et à l'étiologie du moins, s'obscurcir un peu depuis quelque temps. Pour certains auteurs cette affection serait toujours occasionnée par l'abus de l'alimentation carnée, pour d'autres par l'usage abusif des végétaux et la présence de vers dans l'intestin. *Purgare* et donner des vermifuges est la médication de choix d'une école pourtant féconde en grands maîtres de l'art de guérir; *l'opium* par contre est la panacée pour une autre école non moins célèbre.

Il est incontestable que dans certains cas spéciaux ces deux méthodes peuvent avoir du bon et que quelquefois on ait trouvé une des causes ci-dessus énoncées comme facteur étiologique ; mais ces théories sont loin d'expliquer tous les cas et comme moyens thérapeutiques l'opium, les vermifuges et les purges sont absolument insuffisants.

D'ailleurs, ainsi que l'a si bien dit Dieulafoy, le seul traitement rationnel de l'appendicite est l'opération chirurgicale ; on ne se repent jamais d'avoir opéré à temps, on regrette souvent amèrement hélas ! d'avoir temporisé.

Il est très probable que si cette affection qui semble prendre un tel développement n'est pas à proprement parler une maladie nouvelle, tout au moins sa fréquence, qui a si singulièrement augmenté depuis quelque temps, porterait-elle à croire que ses causes étiologiques ne font qu'augmenter et qu'elle n'est pas due exclusivement à ce que l'attention du corps médical étant attirée plus spécialement sur elle, on diagnostique cette affection plus souvent.

Les anciens médecins purgeaient et lavementaient très fréquemment leurs malades, trop souvent peut-être. Certains modernes, désireux d'innover et de réagir à tout prix contre les vieux errements, ont proscrit purges et lavements pour les remplacer par une pseudo-antisepsie intestinale, oubliant qu'elle n'est possible qu'en supprimant tout microbe, saprophyte ou autre, et partant toute fermentation, c'est-à-dire toute digestion et que

par conséquent, sans qu'il soit besoin d'insister, elle est impossible à appliquer en pratique, à moins de tuer le sujet et ses microbes, et que, comme elle est pratiquée, elle est non seulement illusoire mais encore dangereuse par la fausse sécurité qu'elle donne. Ils ont également oublié ce que savaient si bien les anciens, qui faisaient de l'antisepsie sans le savoir : que le meilleur et le seul réel désinfectant de l'intestin est la purge. Nos ancêtres vivaient simplement et se surmenaient peu; la vie moderne avec ses exigences et ses sports à outrance a amené le surmenage. Or, nous savons que la fatigue excessive produit des toxines, que l'organisme a ensuite beaucoup de peine à éliminer, et qu'une attaque d'appendicite a été souvent occasionnée par un fort surmenage physique ; nous avons eu l'occasion de le constater avec un de nos confrères de Montdidier, le docteur Henry, dont nous avons opéré en 1899 un des malades, un jeune soldat, qui en faisant de la gymnastique au régiment, à Beauvais, avait reçu, en tombant sur des barres parallèles un violent traumatisme dans la fosse iliaque droite, qui avait déterminé une appendicite dont il guérit d'ailleurs sans incident.

L'appendice est riche en tissu adénoïde et ressemble par cette richesse à l'amygdale ; or, il est très probable que dans l'appendicite comme dans l'amygdalite il y a des formes catarrhales qui se terminent par résolution sans donner lieu à des phénomènes généraux ; que par contre il y a des formes ulcéreuses, graves, non seulement

par l'envahissement du système général, mais encore par les abcès métastatiques qu'elles développent et par ces formes de péritonites septicémiques à pronostic presque toujours très sombre, malgré l'absence de perforation et l'intégrité apparente de l'appendice ; elles sont dangereuses aussi par les perforations fréquentes auxquelles elles donnent naissance, perforations suivies de péritonites d'autant plus graves que des adhérences protectrices auront eu moins le temps de se former.

Cette similitude nous expliquera encore pourquoi on trouve quelquefois des entérolithes dans l'appendice, de même que l'on rencontre quelquefois de petites concrétions calcaires dans les amygdales, mais elle n'exclut point certains cas spéciaux inhérents en quelque sorte à sa fonction intestinale, c'est-à-dire que quelquefois un corps étranger peut pénétrer sa lumière et l'enflammer, ou qu'étant d'une longueur au-dessus de la normale il s'enroule autour de lui-même et forme un étranglement par volvulus ; de même il peut s'enflammer par propagation d'une inflammation de voisinage, ainsi que nous avons eu l'occasion d'en observer un beau cas avec le Dr Thiroloix, chez une malade atteinte d'hématocèle suppurée avec péritonite localisée, et dont l'appendice s'était pris secondairement. Nous avons opéré cette malade dans les premiers jours de mars 1901. Cette dame a d'ailleurs parfaitement guéri de ces deux affections sans incident notable. Quant aux microbes que l'on a rencontrés, aucun n'est vraiment pathogène : les plus

fréquents sont le bacterium coli commune, le streptocoque et le staphylocoque.

Avant de parler de nos deux observations qui font le sujet de notre petit travail nous allons publier pour montrer qu'il n'y a rien d'absolu en science et pour faire opposition en quelque sorte à nos observations un petit article de la Semaine médicale du 9 Janvier 1901, extrait de la *médication Martiale.*

« A côté des complications thoraciques de l'appendicite dont l'existence est aujourd'hui notion courante, il est une autre catégorie de faits peu connus, qui méritent cependant d'attirer l'attention du praticien en raison des erreurs d'interprétation auxquelles ils peuvent donner lieu. Ce sont des cas où l'on voit une affection des voies respiratoires réaliser le tableau classique de l'appendicite. Un confrère américain, M. le docteur R. Morris, a signalé deux faits de ce genre il y a plus d'un an et demi. Mais ces deux observations isolées ont passé à peu près inaperçues et ne paraissent pas avoir d'analogues dans la littérature médicale. Or, M. le Dr P. Mirande vient de reprendre la question dans sa thèse inaugurale basée sur huit cas nouveaux, dont trois communiqués par M. le Docteur Hutinel. La plupart de ces cas (six sur huit), ainsi que ceux qui avaient été publiés par Morris, se rapportent à la pneumomie lobaire et montrent qu'il est nécessaire, pour les besoins de la clinique, de distinguer une variété spéciale de cette affection à laquelle il convient, à cause de la prédominance des

signes simulant l'appendicite, d'appliquer la dénomination de *pneumonie à forme appendiculaire.*

Dès le début et pendant les trois ou quatre premiers jours cette variété de pneumonie évolue avec tous les symptômes classiques de l'appendicite. Les frissonnements répétés, la fièvre plus ou moins modérée, les vomissements bilieux, la douleur iliaque, laissent, pour ainsi dire, le poumon dans l'ombre, de sorte que non seulement on est loin de soupçonner l'existence d'une pneumonie, mais encore le diagnostic d'appendicite s'impose-t-il au point de faire parfois juger l'intervention chirurgicale absolument indispensable. On opère et l'on trouve un appendice absolument normal, tandis que, deux ou trois jours après, le mot de l'énigme est donné par un souffle tubaire et des râles crépitants.

Que si les frissons, la fièvre et les vomissements, symptômes traduisant la réaction générale de l'organisme à l'égard de l'infection, sont communs (questions de degré et de fréquence mise à part) à l'appendicite et à la pneumonie et peuvent, à la rigueur, laisser le diagnostic en suspens, il semble que la douleur, qui elle ressortit à la symptomatologie locale, doive toujours revêtir des allures caractéristiques.

En effet, l'existence du point de Mac-Burney n'est-elle pas considérée comme un signe pathognomonique de l'appendicite et, d'autre part, la douleur de côté ne constitue-t-elle pas le phénomène le plus caractéristique du début de la pneumonie fibrineuse ?

On sait, il est vrai, que chez les enfants, le point de côté fait souvent place à des douleurs abdominales. Mais, à en juger d'après les matériaux recueillis par le Dr Mirande, la chose s'observe également dans la pneumonie des adultes. La douleur peut être localisée exclusivement à la fosse iliaque droite ; le point de côté devient point de Marc-Burney et cela alors même qu'il s'agit d'une pneumonie gauche. C'est que les deux localisations ne seraient autre chose que des névralgies intercostales réflexes ayant leur point de départ, suivant le cas, dans les filets sympathiques du poumon ou bien dans ceux de l'appendice.

Si on ajoute que, en pareille occurence, la dyspnée n'existe pas toujours et qu'elle peut, d'ailleurs, être facilement rattachée à l'appendicite, pour peu qu'il y ait du météorisme, on conçoit combien une pneumonie de ce genre peut en imposer pour l'appendicite. L'erreur est surtout à craindre chez les enfants, car la pneumonie affecte volontiers chez eux, une allure abdominale (coliques, vomissements, constipation) en même temps que les signes thoraciques et, en particulier la toux et l'expectoration sont peu accusés.

Toutefois il importe de faire remarquer que le syndrome appendiculaire n'appartient qu'à la période de début de la pneumonie : il ne tarde pas à se désagréger, persistant rarement au delà du quatrième jour. Dans certains cas, l'hyperthermie intense et durable qui n'est guère le fait de l'appendicite, l'aspect particulier du vi-

sage, congestionné et vultueux, la rougeur de la pommette, l'apparition précoce de la toux mettront le diagnostic sur la bonne voie longtemps avant la disparition des signes abdominaux. D'autre part, on tiendra compte des manifestations militant en faveur de l'existence d'une appendicite : veinosités abdominales, œdème de la peau, sensibilité au toucher du cul-de-sac de Douglas chez la femme et du cul-de-sac recto-vésical chez l'homme.

On se souviendra enfin que la différence entre les températures rectale et axillaire, qui dans les pyrexies oscille entre 0°02 et 0°05, atteint dans l'appendicite 1°1 a 1°4 (Schüle).

Quoi qu'il en soit de la valeur de ces différents signes, l'existence d'une variété de pneumonie à début simulant l'appendicite impose la plus grande circonspection dans le diagnostic de cette dernière affection et nécessite toujours un examen minutieux du thorax. Elle constitue aussi un argument en faveur d'une temporisation avant l'intervention chirurgicale dans le traitement de l'appendicite, temporisation de très courte durée puisque le syndrome appendiculaire qui masque la pneumonie se dissipe d'ordinaire au cours des premiers jours de l'affection. »

Observation I

Le lundi 8 octobre 1900, on nous appelait auprès de la fille d'un de nos amis, âgée de 7 ans, indisposée depuis quelques jours seulement, mais au dire des parents pas assez cependant pour nécessiter la visite d'un médecin. Voici ce qu'ils racontaient :

La fillette qui jouissait d'une excellente santé et n'avait jamais été malade antérieurement, avait été prise subitement, le jeudi 4 octobre, d'un petit mal de gorge et d'une toux légère ; on la mena néanmoins à l'exposition ce jour-là ainsi que le suivant.

Le 5 octobre, alors qu'elle était à l'exposition, après avoir trop mangé de gâteaux elle fut prise de vomissements alimentaires et de coliques. Le samedi 6 octobre elle se mit à tousser beaucoup, mais n'eut pas de vomissements. Le 7 octobre l'angine augmente ainsi que la toux ; température 39°.

Le 8 octobre, jour où nous vîmes pour la première fois cette fillette, nous constatâmes une angine catarrhale très prononcée avec pharyngite ; dans les poumons nous trouvâmes des ronchus ronflants et sibilants et quelques râles fins de congestion pulmonaire ; la langue était saburrale, l'anorexie complète, l'enfant se plaignait également de quelques coliques sourdes, surtout à gauche mais sans localisations précises, pas de ballonnement du ventre, aucune douleur au point de Mac-Burney : température 39°,5.

Le 9 octobre, la température se maintient aux environs de

39°6, la face est vultueuse, les pommettes rouges. On entend distinctement du souffle tubaire dans la ligne axillaire gauche ; le ventre continue à être sensible, les évacuations se font normalement comme les jours précédents ; l'enfant a perdu sa gaîté, ne joue plus, est abattue, se plaint de douleurs généralisées à localisations vagues.

Le mercredi matin 9 octobre la température atteint 39°9, les signes stéthoscopiques sont les mêmes, seulement le ventre s'est ballonné subitement dans la nuit du 8 au 9 octobre. Le diagnostic de péritonite à pneumocoques s'impose, d'une façon apparente tout au moins.

Devant ce nouveau danger nous décidons immédiatement de pratiquer une laparotomie, mais comme cet enfant était la fille d'un de nos amis, absent alors de Paris, et que nous ne voulions pas qu'il nous fût dit plus tard, si quelque accident survenait, ce que nous prévoyions hélas, que l'on ne s'était peut-être pas mis dans les meilleures conditions opératoires, que l'on avait pratiqué l'intervention ou trop tôt ou trop tard ou qu'elle n'était point nécessaire, et que nous n'avions peut-être pas assez résisté au *prurigo secandi*, nous priâmes le Docteur Jules Guyot et le Docteur Pierre Sébileau de vouloir bien nous donner leur précieux avis sur le cas. Ces deux éminents praticiens confirmèrent notre diagnostic ; quant au traitement ils différèrent d'opinion : le Dr Guyot fut pour l'expectative, le Dr Sébileau pour l'intervention. Devant une telle divergence, nous demandâmes au Dr Sébileau de vouloir bien se substituer à nous et pratiquer lui-même l'intervention, ce à quoi, avec son affabilité proverbiale, il acquiesça très gracieusement. Le soir même, à

8 h. 1/2, nous opérâmes cette fillette ; nous servions d'aide, un des internes de Sébileau donnant le chloroforme.

L'incision faite, le péritoine ouvert, nous nous attendions à voir s'écouler du ventre le liquide verdâtre caractéristique de la péritonite à pneumocoques ? mais rien ne vint...

Au bout de quelques instants nous percevons une forte odeur fécaloïde, nous cherchons à droite du côté du cœcum et ne trouvons rien ; nous dirigeons ensuite nos recherches du côté gauche, et à notre grande stupéfaction nous trouvons l'appendice dans le petit bassin en arrière de l'ovaire gauche et le cœcum à la place de l'anse oméga.

L'appendice était perforé.....

Les suites de notre intervention ne furent pas heureuses : la fillette mourut dans la nuit quatre à cinq heures après l'opération. Du reste pendant l'intervention elle eut plusieurs syncopes graves et ne fut maintenue vivante que grâce à des injections de sérum et d'éther qu'on lui fit à plusieurs reprises. Cette enfant mourut de septicémie péritonéale foudroyante et peut-être aussi de sa pneumonie.

Deux points sont à relever dans cette observation d'ailleurs très intéressante à plusieurs points de vue ; le premier, c'est la simultanéité de l'appendicite et de la pneumonie, car on peut diagnostiquer rétrospectivement l'appendicite, maintenant que nous possédons la clef de cette cruelle et indéchiffrable énigme, par les vomissements du 5 octobre, bien qu'ils ne se soient point reproduits dans la suite ; la pneumonie ou tout au moins la congestion pulmonaire était commencée puisque l'enfant toussait déjà, et avait une angine. Le deuxième point : c'est l'inversion

de position du cœcum qui se trouvait à gauche et non à droite, ce qui explique surabondamment pourquoi nous ne fîmes point le diagnostic, impossible d'ailleurs en toute conscience, d'appendicite, car il n'y avait point et il ne pouvait y avoir aucune douleur au point de Mac-Burney. La douleur que la malheureuse fillette éprouvait dans la fosse iliaque gauche était mise sur le compte de névralgies intercostales réflexes avec point de départ dans les filets sympathiques du poumon. Nous avons vu plus haut que souvent, dans la pneumonie lobaire, chez les enfants, et même chez les adultes, le point de côté thoracique était remplacé par un point douloureux abdominal.

Errare humanum est...

Observation II

Le 27 janvier 1901, nous fûmes appelé auprès d'une de nos malades, une jeune fille de 18 ans, de robuste constitution, qui depuis quelques jours était mal en train ; l'appétit avait disparu presque complètement, elle avait des accès de fièvre vespérale cessant le matin et s'élevant à 38°,4 ou 38°,5 et des alternatives de constipation et de diarrhée.

La veille, le samedi 26 janvier, elle avait été prise à plusieurs reprises de vomissements alimentaires qui avaient continué le dimanche matin.

A l'examen, nous trouvâmes le point de Mac-Burney très douloureux et un très grand empâtement dans la fosse iliaque droite, la langue était saburrale, l'anorexie presque complète : le diagnostic d'appendicite s'imposait. Craignant que par la

temporisation inutile et dangereuse très souvent, l'affection ne prît soudainement une marche rapide et fatale, ainsi que nous avons été à même malheureusement de le constater plusieurs fois où nous n'avions point la direction du traitement, nous proposâmes une intervention à chaud pour le lendemain. Elle fut acceptée très volontiers du reste par les parents très instruits et intelligents.

Le lundi 28 janvier 1901, nous pratiquâmes la laparotomie et trouvâmes un appendice très volumineux enroulé en spirale sur lui-même en imminence de perforation, turgescent ; l'empâtement était occasionné par l'agglutination de quelques anses intestinales ; nous réséquâmes l'appendice et drainâmes avec de la gaze stérilisée que nous enlevâmes le 30 janvier. A partir de l'opération la température se maintint normale et la convalescence eut lieu sans qu'il y eut rien de particulier à noter jusqu'au mardi gras, 19 février, jour où la température monta brusquement à 39°5 ; le lendemain matin elle atteignait 40°. Nous craignîmes un abcès métastatique soit du foie, soit d'un viscère quelconque. N'ayant rien trouvé dans l'abdomen qui pût expliquer cette hyperhémie subite, nous inspectâmes le thorax et nous constatâmes les signes stéthoscopiques de la pneumonie lobaire au début ; le jeudi 21 et vendredi 22 les crachats rouillés vinrent confirmer le diagnostic. La défervescence se fit brusquement le vendredi 1er mars et la malade entra ensuite en convalescence, guérie de sa pneumonie et de son appendicite.

Pendant les dix premiers jours qui suivirent notre intervention, nous fîmes prendre tous les jours un lavement térébenthiné du Codex, afin de drainer le péritoine.

CONCLUSIONS

1° Il peut y avoir quelquefois, mais très rarement, appendicite à gauche et partant sans douleur au point de Mac Burney, le point douloureux se trouvant dans la fosse iliaque gauche.

2° Lorsque l'on croira être en présence d'une pneumonie à forme appendiculaire, affection très rare d'ailleurs en pratique et que le médecin aura peu souvent l'occasion d'observer, mieux vaut pratiquer toujours la laparotomie que de s'en tenir à l'expectation, car bien que dans les observations citées par Mirande on n'ait point trouvé l'appendice malade il ne s'en suit point qu'il ne l'ait point été. On peut avoir eu affaire à une forme catarrhale légère, et, dans le cas où l'appendicite évoluerait comme dans notre première observation vers la forme perforante ou vers la forme septicémique, on aurait sauvé presqu'à coup sûr son malade, et si l'opération par

hasard n'était vraiment pas indiquée, on ne lui aurait fait courir que des risques bien minimes.

3° La présence d'une pneumonie ne suffit donc pas à exclure l'appendicite, attendu que quelquefois ces deux affections sont simultanées.

4° On peut voir également dans certains cas une appendicite guérie être suivie à quelques jours de distance d'une pneumonie lobaire (observation n° 2).

5° Dans certains cas spéciaux il y a peut-être affinité entre ces deux affections.

6° L'appendicite est tantôt une affection locale, tantôt une maladie générale.

7° La forme locale peut être grave par les perforations qu'elle peut présenter, mais elle peut quelquefois guérir sans laisser de traces ou devenir chronique et donner lieu à des appendicites à rechutes.

8° La forme générale est non seulement dangereuse par les lésions locales, mais encore par l'envahissement du système général ; elle peut donner lieu à des abcès métastatiques graves, à des pneumonies et aussi à de la septicémie péritonéale, bien que l'appendice lui-même ne soit point perforé et paraisse macroscopiquement et microscopiquement peu malade.

9° Le seul traitement rationnel de l'appendicite est l'opération chirurgicale qui donnera des résultats d'autant meilleurs qu'elle aura été pratiquée plus tôt. Dans les jours qui suivront l'intervention comme dans toute opération sur l'abdomen, on se trouvera bien pour

draîner le péritoine de prescrire chaque jour un lavement térébenthiné du Codex, ainsi que nous le faisons depuis plusieurs années. Nous sommes persuadés que par ce simple moyen nous avons souvent sauvé des vies précieuses qui sans cela auraient succombé au péritonisme par suite de la parésie intestinale qui suit trop souvent hélas ! les interventions abdominales.

Paris, L. BOYER, Imprimeur-Éditeur, 15, r. Racine.